بررسی مقایسه ای عوامل موثر بر سلامت باروری مادران ساکن شهرستان دورود و کوهدشت استان لرستان

حبیب اله زنجانی[1]، امیتیس جزایری[1*]

۱) گروه جمعیت شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحدعلوم و تحقیقات، تهران، ایران

تاریخ دریافت :۹۲/۹/۲۰ تاریخ پذیرش : ۹۳/۴/۲۳

چکیده

مقدمه: گسترش بهداشت باروری و پرداختن به ابعاد مختلف آن یکی از گام های اساسی در تامین سلامت جامعه و خانواده به ویژه زنان می باشد. مهم ترین هدف انجام این تحقیق شناخت عوامل مؤثر بر سلامت باروری مادران شهرستان‌های دورود و کوهدشت بوده است.

مواد و روش ها: در این مطالعه مقطعی به روش پیمایش، ابزار گردآوری داده ها پرسش نامه و جامعه آماری آن مادران ۱۵ تا ۴۵ ساله ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود بود. حجم نمونه با فرمول کوکران برابر با ۱۹۸ زن در شهرستان کوهدشت و ۱۶۲ زن در شهرستان دورود محاسبه گردید و روش نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای بود. داده ها با نرم افزار SPSS و آزمون یومان ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن در سطح معنی داری $P<0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش: با توجه به ضریب همبستگی اسپیرمن، بین سلامت باروری با سن اولین بارداری همبستگی معکوس و ضعیفی($P=0.026, r=-0.120$) مشاهده شد. طبق نتایج زنانی که بین ۱۵ تا ۲۹ سالگی ازدواج کرده‌اند در مقایسه با زنانی که زیر ۱۵ یا بالای ۳۰ سال ازدواج کرده اند از سلامت باروری بیشتری برخوردار بودند. همبستگی بین سلامت باروری و ترجیح دادن جنسیت فرزند، معکوس و شدت آن، ضعیف است.($P=0.039, r=-0.109$) سلامت باروری زنان شهر(۱۹۵/۲۱) به طور معناداری($P=0.12$) بالاتر از سلامت باروری زنان روستا(۱۶۷/۶۳) بود. هم چنین تفاوت کوهدشت و دورود از نظر سلامت باروری، معنی دار است.($P=0.025$) سلامت باروری زنان کوهدشت(۱۶۹/۴) پایین تر از سلامت باروری زنان دورود(۱۹۴/۰۷) ارزیابی گردید.

بحث و نتیجه گیری: سلامت باروری زنان کوهدشت پایین تر از زنان دورود می باشد و زنان شهری از سلامت باروری بیشتری در مقایسه با زنان روستایی برخوردارند. ترجیح دادن نوزاد پسر بر دختر به دلیل افزایش تعداد زایمان ها و کاهش فواصل بارداری، موجب کاهش سلامت باروری می شود. بر اساس نتایج این تحقیق، ارتقاء آگاهی زنان از بهداشت باروری و تنظیم خانواده از طریق آموزش در هر دو شهرستان ضروری می باشد.

واژه های کلیدی: سلامت باروری، باروری زنان، تنظیم خانواده

*نویسنده مسئول: گروه جمعیت شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحدعلوم و تحقیقات، تهران، ایران

Email: emitis_emitis@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

اهمیت بالای بهداشت باروری در جوامع بشری موجب شده در سطح جهانی به عنوان بخشی از حقوق بشر و با نام حقوق باروری مورد تایید قرار بگیرد،(۱). کنفرانس بین المللی جمعیت که در سال ۱۹۴۴ در قاهره توسط سازمان ملل متحد برگزار شد حقوق باروری را حق دسترسی همگان به خصوص نسل جوان به خدمات بهداشتی-درمانی و اطلاعات صحیح در زمینه آن و هم چنین برخورداری از خدمات مشاوره ای به موقع اعلام نمود.(۲)

در تامین بهداشت باروری ارائه خدمات تنظیم خانواده به طور گسترده نقش مهمی دارد. تنظیم خانواده مجموعه اقداماتی است که جهت تامین حقوق انسان ها تعیین شده است و شامل برنامه ریزی برای تعداد فرزندان و ایجاد فاصله گذاری مناسب بین آن ها و در نتیجه داشتن برنامه ای برای باروری می باشد،(۳). به طور کلی تنظیم خانواده دارای اهداف مهمی است که شامل جلوگیری از حاملگی ناخواسته، کاستن از میزان حاملگی های پرخطر، کاهش میزان سقط جنین و عوارض ناشی از آن، کاهش میزان بیماری های ژنتیکی در نوزادان متولد شده، جلوگیری از سوء تغذیه مادر و فرزند و امکان پرورش و آموزش مناسب فرزندان می باشد.(۴)

بارداری ناخواسته به دلیل ارتباط با نتایج نامناسب بهداشتی برای مادر و جنین یکی از مشکلات مهم بهداشت عمومی محسوب می شود،(۵). بارداری ناخواسته که نشانه عدم تمایل به بارداری است باعث افزایش عوارض بالینی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای زنان، خانواده ها و جامعه می شود،(۶). در شرایط فعلی، حاملگی های ناخواسته یکی از مشکلات اصلی بهداشتی و اجتماعی است که نشان دهنده اهمیت برنامه های بین المللی تنظیم خانواده است. شواهد حاکی از آن است که با دسترسی بهتر و استفاده مناسب از روش های تنظیم خانواده و روش های پیشگیری از بارداری، خطر بارداری ناخواسته کمتر شده و میزان سقط جنین و عوارض ناشی از آن نیز کاهش می یابد.(۷،۸)

مطالعات نشان داده اند که عدم آگاهی و مشکلات دسترسی دو دلیل عمده جهت عدم استفاده از روش های پیشگیری از بارداری است،(۹). هم چنین عوامل متعددی در انتخاب روش های پیشگیری از بارداری در زوج هایی که در معرض خطر بارداری هستند نقش دارد، این عوامل شامل میزان دسترسی به سرویس های ارائه دهنده خدمات و انواع روش های ارائه شده، اعتقاد زوجین در مورد کارایی انواع روش های موجود، اهداف باروری زوجین، میزان اطلاعات آن ها از روش های موجود و کیفیت سیستم های آموزش دهنده است.(۱۲-۱۰)

از آن جایی که روش ایده آلی برای جلوگیری از بارداری وجود ندارد، کارایی اکثر روش های پیشگیری از بارداری بستگی به انگیزه شخص استفاده کننده خواهد داشت و ابداع روشی که کاربرد آن راحت، قابل برگشت و فاقد عوارض جانبی بوده و در صد درصد موارد مؤثر باشد، امکان پذیر نیست،(۹). از طرفی بسیاری از زنان از روش های پیشگیری استفاده نمی کنند و علت عدم استفاده خود را مخالفت همسران خود بیان می کنند و دلایل این مخالفت ها را از سمت همسرانشان، عقاید مذهبی، ترس از عوارض جانبی، تمایل به داشتن فرزند بیشتر می دانند.(۱۳)

حاملگی در نوجوانان نیز، مسئله مورد بحث در بهداشت عمومی است که در آن اجزای تحت تاثیر مادران نوجوان، کودکان و در سطح کلان اجتماع می باشد،(۱۶-۱۴). به علاوه این مسئله در جوامع پیشرفته به عنوان مسئله ای اجتماعی در نظر گرفته می شود، زیرا در این سن بسیاری از مادران نوجوان، دبیرستان را به پایان نرسانده اند و پیشرفت های شغلی و تحصیلی پایین تری نسبت به همسالان غیر حامله دارند،(۱۷،۱۸). هم چنین حاملگی در سنین پایین دارای عوارضی است که در پژوهش های مختلفی به آن اشاره شده است؛ که از آن جمله می توان آنمی،(۱۹)، زایمان زودرس،(۲۱-۱۹)، پرفشاری خون ناشی از حاملگی،(۲۱)، محدودیت رشد داخل رحمی و جفت سر راهی،(۲۲)، و کاهش میانگین وزن تولد،(۲۱-۱۹)، را نام برد.

در مطالعه حاضر بر آن شدیم تا دیدگاه سنتی زنان و همسرانشان را در زمینه داشتن فرزند دختر یا پسر مورد بررسی قرار دهیم. هم چنین هدف از تحقیق حاضر بررسی بهداشت باروری در شهرستان های دورود و کوهدشت بود که در آن به بررسی مقایسه ای شاخص های باروری و تنظیم خانوده پرداخته شده است تا بتوان از طریق آن نیازهای آموزشی جمعیت فوق را مشخص نمود و برای آن برنامه ریزی لازم به عمل آورد.

مواد و روش ها

در این تحقیق مقطعی که به روش پیمایشی صورت گرفته است، داده ها با استفاده از پرسش نامه محقق ساخته، جمع آوری گردید. این پرسش نامه شامل دو قسمت دموگرافیک و تنه اصلی بوده و شامل متغیرهای: ویژگی های جمعیتی(سن ازدواج، سن اولین حاملگی مادر)، ویژگی های فرهنگی(تعداد فرزندان، ارزش های مربوط به جنسیت

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جنین، سطح آموزش و آگاهی رسانی از تنظیم خانواده و ...) بود.

جامعه آماری شامل مادران ۱۵ تا ۴۵ سال ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود در نظر گرفته شد که تعداد آن ها(در شهرستان کوهدشت برابر با ۳۶۰۹۹ نفر و در شهرستان دورود ۲۹۹۵۶ نفر) در مجموع برابر با ۶۶۰۵۵ نفر برآورد شد جهت نمونه گیری از فرمول کوکران با ۹۵ درصد اطمینان استفاده شد و حجم نمونه طبق آن تعداد ۱۹۸ زن در شهرستان کوهدشت و ۱۶۲ زن در شهرستان دورود تعیین و مورد مطالعه قرار گرفتند. قلمرو مکانی شهرستان های دورود و کوهدشت در استان لرستان و قلمرو زمانی سال ۱۳۹۰ بوده است. در مطالعه حاضر روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای به کار گرفته شد. شهرستان کوهدشت دارای ۱۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۹ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهرستان دورود به ترتیب شامل ۶ و ۷ مرکز می باشد. نمونه از لیست زنان متاهل ۱۵ تا ۴۵ سال تحت پوشش مراکز به نسبت جمعیت انتخاب گردید. در این تحقیق جهت شناسایی اعتبار شاخص ها یا معرف های پژوهش پرسش نامه از اعتبار صوری استفاده شد و اعتبار صوری توسط یکی از اساتید جمعیت شناسی و یک متخصص زنان و زایمان تائید گردید. در این تحقیق برای به دست آوردن پایایی تحقیق از ضریب همبستگی آلفای کرونباخ استفاده و به این طریق همبستگی میان سوالات ابعاد سلامت باروری محاسبه گردید، که برابر با ۰/۸۵ تعیین شد. واحد تحلیل در سطح فردی بود، بدین معنا که افراد و نگرش های آن ها مورد پژوهش قرار گرفت. پرسش نامه ها توسط پرسنلی که از قبل آموزش دیده بودند و دارای مدارک کاردانی و کارشناسی در سیستم بهداشت درمان بودند تکمیل شد. معیارهای ورود شامل: زنان متاهل بین سنین ۱۵ تا ۴۵ سال و رضایتمندی آگاهانه افراد فوق برای شرکت در این مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل افراد مجرد، مطلقه، بیوه و افرادی که رضایت جهت شرکت در مطالعه نداشتند.

داده ها با نرم افزار SPSS در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شده اند. در بخش اول از طریق نمودارها و جداول توزیع فراوانی به توصیف یافته های تحقیق پرداخته و در بخش دوم از طریق آزمون یومان ویتنی و ضریب همبستگی اسپیرمن روابط بین داد ها در سطح ۹۵ درصد اطمینان و ۵ درصد خطا تحلیل و تبیین شده است.

یافته های پژوهش

طبق نتایج(جدول شماره ۱) به دست آمده ۲۳ درصد زنان شهرستان کوهدشت بین ۲۰ تا ۲۴ سال و ۳۴ درصد زنان مورد بررسی در شهرستان دورود بین ۲۵ تا ۳۹ سال سن داشتند هم چنین ۵۱ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت اولین بارداری را در سنین بین ۱۵ تا ۱۹ سال و ۴ درصد در سنین زیر ۱۵ سال تجربه کرده بودند. در مورد شهرستان دورود این ارقام به ترتیب ۳۹/۵ درصد و ۱/۲ درصد بود. ۵۲/۲ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت دارای تحصیلات زیردیپلم و این مورد در مادران شهرستان دورود ۵۹/۹ درصد بود.(جدول شماره ۲).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی بر حسب سن و اولین سن بارداری در مادران ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

	گروه های سنی	شهرستان	تعداد	درصد
سن باروری	زیر ۲۰ سال	کوهدشت	۳۳	۱۶/۷
		دورود	۱۷	۱۰/۵
	۲۰-۲۴ سال	کوهدشت	۴۶	۲۳/۲
		دورود	۳۷	۲۲/۸
	۲۵-۲۹ سال	کوهدشت	۲۶	۱۳/۱
		دورود	۵۵	۳۴
	۳۰-۳۴ سال	کوهدشت	۲۷	۱۳/۶
		دورود	۲۳	۱۴/۲
	۳۵-۳۹ سال	کوهدشت	۳۳	۱۶/۷
		دورود	۱۹	۱۱/۷
	۴۰ سال و بیشتر	کوهدشت	۳۳	۱۶/۷
		دورود	۱۱	۶/۸
اولین سن بارداری	زیر ۱۵ سال	کوهدشت	۸	۴
		دورود	۲	۱/۲
	۱۵-۱۹ سال	کوهدشت	۱۰۱	۵۱
		دورود	۶۴	۳۹/۵
	۲۰-۲۴ سال	کوهدشت	۳۵	۱۷/۷
		دورود	۶۰	۳۷
	۲۵-۲۹ سال	کوهدشت	۱۸	۹/۱
		دورود	۲۸	۱۷/۳
	۳۰-۳۴ سال	کوهدشت	۱۴	۷/۱
		دورود	۲۸	۱۷/۳
	۳۰ سال و بیشتر	کوهدشت	۱۳	۶/۶
		دورود	۴	۲/۵

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی بر حسب میزان تحصیلات در مادران در سن باروری ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

گروه های تحصیلی	شهرستان	تعداد	درصد
زیر دیپلم	کوهدشت	۱۰۴	۵۲/۵
	دورود	۹۷	۵۹/۹
دیپلم	کوهدشت	۵۶	۲۸/۳
	دورود	۴۲	۲۵/۹
فوق دیپلم	کوهدشت	۲۰	۱۰/۱
	دورود	۱۲	۷/۴
لیسانس	کوهدشت	۱۶	۸/۱
	دورود	۹	۵/۶
بالاتر از لیسانس	کوهدشت	۲	۱
	دورود	۲	۱/۲

۶۰/۶ درصد پاسخگویان شهرستان کوهدشت و ۴۰/۱ درصد از پاسخگویان شهرستان دورود مایل به داشتن نوزاد پسر بودند. هم چنین ۶۱/۱ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت بر این باور بودند که همسرانشان مایل به داشتن فرزند پسر هستند. این در حالی است که ۴۸/۱ درصد از پاسخگویان شهرستان دورود بر این باور بودند.(جدول شماره ۳).

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی بر حسب جنسیت مورد علاقه در مادران و همسر ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

گزینه	جنسیت مورد علاقه				جنسیت مورد علاقه همسر			
	کوهدشت		دورود		کوهدشت		دورود	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دختر	۵	۲/۵	۲۳	۱۴/۲	۴	۲	۱۶	۹/۹
پسر	۱۲۰	۶۰/۶	۶۵	۴۰/۱	۱۲۱	۶۱/۱	۷۸	۴۸/۱
فرق نمی کند	۷۳	۳۶/۹	۷۴	۴۵/۷	۷۳	۳۶/۹	۶۸	۴۲
جمع	۱۹۸	۱۰۰	۱۶۲	۱۰۰	۱۹۸	۱۰۰	۱۶۲	۱۰۰

۳۳/۸ درصد از زنان شهرستان کوهدشت با این جمله که پسر باعث حفظ اسم و رسم خانواده می شود کاملاً موافق و این رقم در مورد زنان شهرستان دورود ۱۴/۸ درصد بود. ۱۷/۲ درصد از زنان پاسخگو در شهرستان کوهدشت و ۳۵/۸ درصد از زنان در شهرستان دورود با این جمله که پسر یا دختر فرقی نمی کند کاملاً موافق بودند. ۳۳/۸ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت و ۷/۴ درصد از زنان در شهرستان دورود با این جمله که «پسر پشتوانه اقتصادی است اما دختر نه»، موافق بودند. ۳۳/۳ درصد از زنان پاسخگو در شهرستان کوهدشت و ۵۸ درصد از پاسخگویان شهرستان دورود با این جمله که «فرزند خوب باشد، مهم نیست دختر باشد یا پسر» کاملاً موافق بودند.(جدول شماره ۴)

جدول شماره ٤. توزیع فراوانی بر حسب دیدگاه مادر نسبت به جنسیت فرزند در مادران در سن باروری ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

گزینه	پسر باعث حفظ اسم و رسم خانواده		دختر یا پسر فرقی نمی کند		پسر پشتوانه اقتصادی است اما دختر نه		فرزند خوب باشد مهم نیست دختر باشد یا پسر	
	درصد		درصد		درصد		درصد	
	کوهدشت	دورود	کوهدشت	دورود	کوهدشت	دورود	کوهدشت	دورود
کاملاً موافق	۳۳/۸	۱۴/۸	۱۷/۲	۳۵/۸	۱۹/۲	۱۲/۳	۳۳/۳	۵۸
موافق	۲۲/۷	۱۴/۸	۲۹/۸	۳۴/۶	۳۳/۸	۷/۴	۲۱/۲	۲۸/۴
تا حدودی موافق	۱۹/۲	۲۳/۵	۲۱/۷	۱۶	۲۳/۷	۲۲/۲	۲۵/۸	۹/۳
مخالف	۱۲/۶	۳۲/۱	۲۲/۷	۹/۳	۷/۱	۳۰/۲	۱۴/۱	۱/۹
کاملاً مخالف	۱۱/۱	۱۳/۶	۲	۱/۲	۹/۶	۲۲/۲	۱	۰
بی پاسخ	۰/۵	۱/۲	۶/۶	۳/۱	۶/۶	۵/۶	۴/۵	۲/۵
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

داده های جدول شماره ۵ نشان داد که ۴۸ درصد از زنان شهرستان کوهدشت و ۴۶/۹ درصد از زنان شهرستان دورود آگاهی خیلی کمی از راه های جلوگیری از بارداری داشتند. ۲۸/۳ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت و ۳/۱ درصد از زنان شهرستان دورود دسترسی بسیار کم به وسایل جلوگیری از بارداری داشتند. هم چنین میزان آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری در زنان، در شهرستان کوهدشت و دورود مورد بررسی قرار گرفت که ۹/۱ درصد از زنان شهرستان کوهدشت و ۱۸/۵ درصد از زنان شهرستان دورود آگاهی زیاد از راه های جلوگیری از بارداری داشتند. ۲۰/۷ درصد از زنان شهرستان کوهدشت و ۰/۶ درصد از زنان شهرستان دورود آگاهی خیلی کمی از راه های جلوگیری از بارداری داشتند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۵. توزیع فراوانی بر حسب میزان آگاهی و دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری در شهرستان های کوهدشت و دورود

گزینه	آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری قبل از ازدواج		میزان دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری		میزان آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری	
	درصد		درصد		درصد	
	کوهدشت	دورود	کوهدشت	دورود	کوهدشت	دورود
خیلی کم	۴۸	۴۶/۹	۲۸/۳	۳/۱	۲۰/۷	۰/۶
کم	۱۳/۶	۱۶	۱۲/۱	۳/۷	۱۴/۱	۶/۲
متوسط	۲۳/۷	۲۲/۲	۲۱/۲	۱۸/۵	۲۵/۸	۳۰/۲
زیاد	۴/۵	۲/۶	۲۱/۷	۴۱/۴	۲۵/۳	۴۴/۴
خیلی زیاد	۷/۶	۸/۶	۱۴/۱	۳۳/۳	۹/۱	۱۸/۵
بی پاسخ	۲/۵	۰	۲/۵	۰	۵/۱	۰/۶
جمع	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

آن چنان که داده های جدول شماره ۶ نشان می دهد، ۴۷/۵ درصد از پاسخگویان شهرستان کوهدشت و ۷۶/۵ درصد از پاسخگویان شهرستان دورود داشتن دو فرزند را ایده آل می دانستند.

جدول شماره ٦. توزیع فراوانی بر حسب تعداد فرزندان در مادران در سن باروری ساکن در شهرستان های کوهدشت و دورود

گزینه	کوهدشت		دورود	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
نداشتن فرزند	۴	۲	۰	۰
یک فرزند	۱۳	۶/۶	۱۱	۶/۸
دو فرزند	۹۴	۴۷/۵	۱۲۴	۷۶/۵
سه فرزند	۴۵	۲۲/۷	۲۵	۱۵/۴
چهار فرزند	۳۱	۱۵/۷	۰	۰
بی پاسخی	۱۱	۵/۶	۲	۱/۲
جمع	۱۹۸	۱۰۰	۱۶۲	۱۰۰

هم چنین بین سلامت باروری با سن اولین بارداری همبستگی معکوس و ضعیف مشاهده شده است،(r=-0.12, P= 0.026) به عبارت دیگر، با بالا رفتن سن اولین باروری، سلامت باروری کاهش یافته است، طبق یافته ها بهترین سن اولین باروری بین ۱۵ تا ۲۹ سالگی بوده است. میان سلامت باروری و مدت ازدواج نیز همبستگی مثبت و متوسط دیده شده است، (r=0.404, P=0.000) به عبارت دیگر، با بالارفتن مدت زمان ازدواج، سلامت باروری نیز بالا رفته است، یافته ها نشان می دهد بیشترین سلامتی باروری مربوط به زنانی بود که مدت ازدواج آن ها بین ۵ تا ۱۵ سال بوده است. هم چنین میان سلامت باروری و میزان تحصیلات همسر، همبستگی مثبت و ضعیفی مشاهده شد.(r=0.131, P=0.013) یعنی، با بالارفتن میزان تحصیلات همسر، سلامت باروری نیز، بالا رفته است، ولی میان سلامت باروری و میزان تحصیلات زن، همبستگی مشاهده نشده است.(P=0.393) هم چنین طبق نتایج زنانی که زیر ۱۵ و بالای ۳۰ سال ازدواج کرده اند در مقایسه با زنانی که بین ۱۵ تا ۲۹ سالگی ازدواج کرده اند سلامت باروری کمتری داشتند.(جدول شماره ۷)

هم چنین بر طبق داده های جدول شماره ۷ بین سلامت باروری با متغیرهای میزان رضایت از روابط زناشویی،(r=0.152, P=0.004) میزان آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری بعد از ازدواج،(r=0.309, P=0.000) میزان مشارکت در تصمیم گیری های خانواده، (r=0.194, P=0.000) و میزان دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری(r=0.196, P=0.000) همبستگی مثبت مشاهده شده است، به عبارت دیگر، با بالارفتن این متغیرها، سلامت باروری نیز، بالا رفته است، البته شدت این همبستگی ها ضعیف ارزیابی شده است. هم چنین میان سلامت باروری و میزان آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری قبل از ازدواج، همبستگی مشاهده نشده است.(P=0.964)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۷. ضرایب همبستگی اسپیرمن بین سلامت باروری و متغیرهای تحقیق

متغیر		سلامت باروری
سن اولین ازدواج	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۱۵۹
	سطح معناداری	۰/۰۰۳
مدت ازدواج	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۴۰۴
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
سن اولین بارداری	ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۱۲۰
	سطح معناداری	۰/۰۲۶
میزان تحصیلات	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۰۴۵
	سطح معناداری	۰/۳۹۳
میزان تحصیلات همسر	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۱۳۱
	سطح معناداری	۰/۰۱۳
میزان رضایت از روابط زناشویی	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۱۵۲
	سطح معناداری	۰/۰۰۴
میزان مشارکت در تصمیم گیری های مربوط به بارداری	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۱۹۴
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری قبل از ازدواج	ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۰۰۲
	سطح معناداری	۰/۹۶۴
آگاهی از راه های جلوگیری از بارداری بعد از ازدواج	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۳۰۹
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
میزان دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۱۹۶
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
پایگاه اجتماعی-اقتصادی	ضریب همبستگی اسپیرمن	۰/۱۰۲
	سطح معناداری	۰/۰۰۰
ترجیح دادن فرزند پسر به دختر	ضریب همبستگی اسپیرمن	-۰/۱۰۹
	سطح معناداری	۰/۰۳۹

بین سلامت باروری با پایگاه اجتماعی-اقتصادی همبستگی مستقیم و ضعیفی گزارش شده است،(P=0.000, r=0.102) به عبارت دیگر، با بالا رفتن پایگاه اجتماعی-اقتصادی، سلامت باروری نیز بالا می رود و هم چنین همبستگی میان سلامت باروری و ترجیح دادن جنسیت فرزند معکوس و شدت آن، ضعیف بوده،(P=0.039, r=-0.109) به عبارت دیگر، هر چه خانواده علاقه بیشتری برای به دنیا آوردن فرزند ذکور داشته، تعداد زایمان ها بیشتر و فواصل بارداری ها کمتر بوده، در نتیجه سلامت باروری کاهش یافته است.

طبق نتایج به دست آمده از جدول شماره ۸، تفاوت میانگین شهر و روستا از نظر سلامت باروری، معنی دار بود.(P=0.012) هم چنین، سلامت باروری زنان شهر(۱۹۵/۲۱) بیشتر از سلامت باروری زنان روستا(۱۶۷/۶۳) ارزیابی شده است. تفاوت سلامت باروری کوهدشت و دورود معنی دار بود(P=0.025) به این معنی که سلامت باروری زنان دورود(۱۹۴/۰۷) بیشتر از سلامت باروری زنان کوهدشت(۱۶۹/۴۰) گزارش شده است.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جدول شماره ۸. شاخص های آماری و آزمون من ویتنی بر حسب میزان سلامت باروری در منطقه و شهرستان

متغیر		فراوانی	رتبه میانگین	مجموع رتبه	مقدار من ویتنی	سطح معناداری
منطقه	روستا	۱۹۲	۱۶۷/۶۳	۳۲۱۸۵/۰۰	۱۳۶۵۷/۰۰۰	۰/۰۱۲
	شهر	۱۶۸	۱۹۵/۲۱	۳۲۷۹۵/۰۰		
شهرستان	کوهدشت	۱۹۸	۱۶۹/۴۰	۳۳۵۴۰/۵۰	۱۳۸۳۹/۵۰۰	۰/۰۲۵
	دورود	۱۶۲	۱۹۴/۰۷	۳۱۴۳۹/۵۰		

بحث و نتیجه گیری

طبق نتایج به دست آمده تجربه اولین بارداری در سنین پایین تر، در شهرستان کوهدشت بیشتر از شهرستان دورود بود بر این اساس، بهداشت باروری در این شهرستان بالاتر ارزیابی می شود. طبق نتایج این پژوهش نسبت بسیار زیادی از زنان شهرستان دورود و شهرستان کوهدشت اولین بارداری خود را در سنین بین ۱۵ تا ۱۹ سال تجربه کرده اند که می تواند برای آنان خطراتی در زمینه بهداشت باروری به دنبال داشته باشد. هم چنین بارداری زیر ۲۰ سال در زنان شهرستان کوهدشت در مقایسه با زنان شهرستان دورود بیشتر بوده است که این نشان دهنده پایین تر بودن بهداشت باروری در شهرستان کوهدشت می باشد.

مطالعات مختلف نشان داده است که بالاترین حاملگی در دوران نوجوانی مربوط به آفریقا(۱۴۳ در هر هزار تولد در زنان ۱۵تا ۱۹ سال) می باشد،(۲۳). هم چنین نتایج نشان می دهد که کمترین این میزان مربوط به کره جنوبی با ۲/۹ تولد در هر ۱۰۰۰ مادر با سن ۱۵ تا ۱۹ سال است،(۲۴). طبق نتایج مطالعه رخشانی و همکاران ۸۱/۸ درصد زنان مهاجر افغانی در زاهدان دارای سن کمتر از ۱۸ سال بودند و ۶۸/۴ درصد آن ها اولین حاملگی خود را در سن کمتر از ۱۸ سالگی تجربه کرده بودند،(۲۵). نتایج تحقیقات نشان داد که دختران آفریقایی در سنین بسیار کمتری از دختران دیگر مناطق ازدواج می کنند که منجر به حاملگی در سنین جوانی می شود. در نیجریه در سال ۱۹۹۲، ۴۷ درصد زنان ۲۰ تا ۲۴ ساله ازدواج کرده بودند که ۸۷ درصد از آن ها در سنین کمتر از ۱۸سال بود.(۲۶)

در این راستا سازمان بهداشت جهانی(WHO) سن قبل از ۱۸ سالگی را به دلیل عدم کفایت فیزیولوژیک برای بارداری توصیه نمی کند و می توان علت اصلی آن را بالا بودن درصد بیسوادی در بین زنان جمعیت مورد مطالعه دانست. در بسیاری از کشورها، بارداری در دوره نوجوانی به عنوان عامل خطر با میزان بالای عوارض جنینی و مادری در نظر گرفته می شود. هم چنین نتایج مطالعات نشان دهنده تناقض در پرخطر بودن بارداری در این گروه سنی است که گاهی در جهت تائید بارداری در این سنین بوده است که در صورت وجود مراقبت پره ناتال مناسب بارداری در این گروه سنی را بی خطر می دانند.(۲۰)

علی رغم این که باروری های مکرر زیان های جبران ناپذیری برای مادر و کودک به دنبال دارد، نزدیک به یک پنجم از زنان شهرستان کوهدشت، داشتن چهار فرزند را ایده آل فرض می کنند و کمتر از نیمی از آنان دو فرزند را ایده آل می دانند؛ در صورتی که نزدیک به ۸۰ درصد از زنان شهرستان دورود دو فرزند را ایده آل می دانند و هیچ کدام از آنان داشتن بیش از سه فرزند را مطلوب ارزیابی نکرده اند. داشتن فرزندان بالای چهار نشانگر خصوصیات کشورهای عربی است به طوری که در بررسی های جهانی میزان باروری در کشورهای عربی همانند سوریه، یمن، سودان و اردن بالاتر از کشورهای غربی است. حتی در کشورهایی هم چون مصر، مراکش، تانزانیا که برنامه های فعال تنظیم خانواده دارند نیز اکثر زنان بالای چهار فرزند دارند،(۲۷). با توجه به مطالعات، میزان باروری در ایران از هفت فرزند برای هر زن در سال ۱۳۵۷ به ۱/۵۸ فرزند برای هر زن در سال ۱۳۸۵ کاهش یافته است. این بزرگ ترین و سریع ترین کاهش میزان باروری است که تا به حال ثبت شده است.(۲۸)

هم چنین نتایج تحقیقات حسینی و همکاران نشان داد که در مهاباد ۶۹/۶ درصد زنان معتقد هستند که در شرایط کنونی ایران شمار ایده آل فرزند برای یک خانواده دو فرزند است. هم چنین سطوح باروری در میان زنان نشان داد که ۴۶ درصد زنان در زمان مطالعه دو یا سه فرزند داشتند.(۲۹)

نتایج نشان می دهد که نه تنها زنان که همسران آنان نیز ترجیح می دهند، فرزند پسر داشته باشند. بیش از نیمی از پاسخگویان شهرستان کوهدشت با این جمله که پسر باعث حفظ اسم و رسم خانواده می شود موافقند؛ این در حالی است که نزدیک به نیمی از پاسخگویان شهرستان دورود با این جمله مخالفند که تفاوت معنی داری در دو شهرستان مشاهده شد. بر این اساس، نه تنها در نظر گرفتن مزایای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

اقتصادی موجب علاقه به فرزند پسر می شود، بلکه اعتقاد داشتن به حفظ نام و نشان یک خانواده توسط فرزندان پسر نیز بر این تمایل افزوده است.

بر اساس نتایج مطالعه رخشانی و همکاران ۵۱/۸ درصد زنان افغان معتقد به داشتن فرزند پسر در خانواده بودند و ۱۸/۸ درصد از آن ها مخالف و ۲۹/۵ درصد از آن ها نظری نداشتند. این مسئله به گونه ای بود که اغلب زوجین تا به دنیا آمدن یک فرزند پسر هیچ روشی استفاده نمی کردند. هم چنین ۵۷/۳ درصد از آن ها اعتقاد داشتند که دختر هر چه زودتر باید به خانه بخت برود،(۲۵). هم چنین در مطالعه ای در شهر غزه نشان داده شد که داشتن فرزند پسر ارجحیت دارد و ارتباطی بین تعداد فرزندان و داشتن فرزند پسر مشاهده شد.(۲۷)

مسئله دیگری که در این دو شهرستان به میزان بسیار زیادی نگران کننده است، میزان آشنایی آنان با روش های پیشگیری از بارداری می باشد. نزدیک به نیمی از زنان هر دو شهرستان، آگاهی بسیار کمی از شیوه های پیشگیری از بارداری و وسایل مربوط به آن، پیش از ازدواج داشته اند و بدون شک این مسئله بر بارداری در سنین پایین و تعداد زیاد حاملگی و فاصله کم میان حاملگی ها می تواند تأثیرگذار باشد. علاوه بر این تعداد زنانی که در شهرستان کوهدشت، پس از ازدواج نیز آگاهی کمی از روش های جلوگیری داشته اند، قابل توجه است و نزدیک به نیمی از آنان را تشکیل می دهد در صورتی که بیشتر زنان شهرستان دورود با این روش ها آشنایی زیادی دارند که در این مورد نیز تفاوت معنی داری در میان دو شهرستان وجود دارد. هم چنین نتایج نشان می دهد که در شهرستان دورود میزان آگاهی از این روش ها نسبت به گذشته افزایش یافته است.

یافته های مظلومی و همکاران که در هفت شهر مرکزی ایران در زمینه بررسی آگاهی زنان از بهداشت باروری انجام گرفت نشان داد که ۶۲ درصد زنان با اصطلاح بهداشت باروری آشنایی داشتند و ۶۶/۴ درصد آنان روش های موثر پیشگیری از بارداری را به کار می بردند،(۱). هم چنین مطالعه یعقوبی نیا و همکاران نشان داد که ۸۳/۳ درصد دبیران خود یا همسرانشان از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند که نشان دهنده ارتباط آن با سطح سواد افراد مورد مطالعه است. هم چنین در این مطالعه فاصله گذاری و تنظیم خانواده مناسب گزارش شد،(۳۰). در مطالعه ظاهری و همکاران نیز ۸۳ درصد افراد از روش های پیشگیری استفاده می کردند،(۳۱). با این وجود و با توجه به این که سطح سواد هر دو شهرستان تفاوتی با همدیگر ندارد چنین به نظر می رسد که آموزش بهداشت در شهرستان دورود بهتر بوده است. در حالت کلی نیز نسبت به مطالعات دیگر انجام شده در سطح کشور این دو شهرستان آگاهی کمتری نسبت به روش های جلوگیری از بارداری دارند.

نزدیک به نیمی از پاسخگویان شهرستان کوهدشت، دسترسی کمی به وسایل جلوگیری از بارداری داشته اند این در حالی است که بیش از نیمی از پاسخگویان شهرستان دورود، دسترسی زیادی به وسایل جلوگیری از بارداری داشتند. زنان شهرستان دورود از آگاهی بیشتری نسبت به زنان شهرستان کوهدشت از وسایل پیشگیری از بارداری برخوردار بودند. در نتیجه نباید تعجب کرد که سن اولین بارداری در شهرستان کوهدشت پایین تر از شهرستان دورود باشد. از این رو زنان شهرستان دورود، بسیار بیشتر از شهرستان کوهدشت از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده کرده اند که این بر دیگر ابعاد بهداشت باروری در این شهرستان تأثیرگذار بوده است.

مطالعات انجام شده در نقاط مختلف دنیا نیز عدم دسترسی به مسائل مطمئن و فقدان آگاهی از روش های پیشگیری از بارداری را دلیل عدم استفاده از وسایل تنظیم خانواده بیان نموده است. به طوری که در مطالعه انجام شده در غزه نشان داده شد که با وجود موافقت ۹۸ درصد زنان با تنظیم خانواده ۵۲ درصد به علت ترس از همسر، ترس از عوارض یا فقدان آگاهی از این روش ها استفاده نمی کردند،(۲۷). در مطالعه ای که در مسکو انجام شد نشان داد که فقدان آگاهی، عدم دسترسی به وسایل مطمئن و داشتن عقاید منفی به عنوان دلایل اصلی ضعف خانواده مطرح شد.(۳۲)

بیشترین روش پیشگیری استفاده شده در هر دو شهرستان مربوط به استفاده از قرص و کمترین آن در شهرستان کوهدشت روش طبیعی و در شهرستان دورود بستن لوله های رحمی بود. در مطالعه بهرامی و همکاران بیشترین روش مربوط به روش طبیعی و کمترین آن مربوط به وازکتومی بود،(۳۳). شاهواری و همکاران قرص ضد بارداری و روش طبیعی را به عنوان بیشترین روش مورد استفاده و آمپول و وازکتومی را به عنوان کمترین روش گزارش نمودند،(۳۴). رحمانی و همکاران نشان دادند که بیشترین روش پیشگیری کاندوم و روش طبیعی و کمترین آن مربوط به وازکتومی و توبکتومی است،(۳۵)، که این

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

اختلافات در مـطالـعات مختلف می تواند به علت حجم نمونه های متفاوت، تفاوت های فردی و فرهنگی حاکم بر منطقه و اعتقاد به استفاده از روشی مطمئن در پیشگیری از حاملگی باشد.

به طور کلی با توجه به نتایج به دست آمده و مبانی نظری مطرح شده می توان این گونه نتیجه گیری کرد که در بررسی و مقایسه شاخص های بهداشت باروری در شهرستان کوهدشت و دورود، شهرستان دورود از وضعیت مطلوب تری نسبت به شهرستان کوهدشت برخوردار بود و سلامت مادران و کودکان در شهرستان کوهدشت بیشتر در مخاطره قرار داشت. فواصل بارداری در شهرستان کوهدشت کمتر، تعداد بارداری ها بیشتر، دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری، مراقبت های بهداشتی و پزشکی کمتر، آگاهی و استفاده از وسایل پیشگیری کمتر بود. در کل بر اساس نتایج این تحقیق، افزایش آگاهی زنان از بهداشت باروری و تنظیم خانواده از طریق آموزش در هر دو شهرستان ضروری می باشد.

سپاسگزاری

از تـمامی اسـاتیـد و هـمکارانی کـه مـا را در انـجام ایـن مطـالعـه یـاری نـمودنـد، کـمال تـشکر را داریـم.

References

1.Mazloumi MS, Shahidi F, Abbasi SM, Shahrizadeh F. [Evaluating knowledge, attitude and behavior of women on reproductive health subjects in seven central cities of Iran.] Reprod Infertil 2007;8:391-400. (Persian)

2.Zanjani H, Shadpur K, Mirzaei M. [Population, development and reproductive health.] 6th ed. Tehran, Bushra publisher; 2014.P. 116-7. (Persian)

3.Molina RC, Roca CG, Zamorano JS, Araya EG. Family planning and adolescent pregnancy. Best Practice Res Clin Obstetrics Gynaecol 2010;24:209-22.

4.Zanjani H. [Population,development and reproductive health Tehran.] Boshra publisher; 2004.P. 128-32. (Persian)

5.Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspect Sexual Reprod Health 2006;38:90-6.

6.Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J. Differences between women at higher and lower risk for an unintended pregnancy. Women's Health Issues 2009;19:306-12.

7.Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: Á review of the evidence. Int Family Plan Perspect 2003;5:6-13.

8.Trussell J, Ellertson C, Stewart F, Raymond EG, Shochet T. The role of emergency contraception. Am J Obstetrics Gynecol 2004;190:S30-S8.

9.Barrett G, Smith SC, Wellings K. Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. J Epidemiol Commun Health 2004;58:426-33.

10.Bensyl DM, Iuliano D, Carter M, Santelli J, Gilbert BC. Contraceptive use: United States and territories, behavioral risk factor surveillance system. 2002: US Department of Health and Human Services; 2005.

11.Jaffer Y, Afifi M, Ajmi F, Alouhaishi K. Knowledge, attitudes and practices of secondary-school pupils in Oman: II. East Mediterr Health J 2006;12:50-8.

12.Leeman L. Medical barriers to effective contraception. Obstetrics Gynecol Clin North Am 2007;34:19-29.

13.Najafi F, Ghofranipour F, Rakhshani F. Effects of group counseling program with women on Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) of their husbands regarding family Planning in Zahedan health centers in 2002. Reprod Infertil 2003;5:123-8.

14.Creatsas G, Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. Eu J Contraception Reprod Healthcare 2002;7:167-72.

15.Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstetrics Gynecol 2000;96:962-6.

16.Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman M, Kirmeyer S, Mathews T, et al. Births: final data for 2009. Natl Vital Stat Rep 2013;62:1-69.

17.Hoffman SD, Maynard RA. Kids having kids: Economic costs & social consequ-

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

ences of teen pregnancy. The Urban Insitute; 2008.

18.Panagopoulos P, Salakos N ,Bakalianou K, Davou E, Iavazzo C, Paltoglou G, et al. Adolescent pregnancy in a Greek public hospital during a six-year period (2000–2005)—a retrospective study. J Pediatr Adolesc Gynecol 2008;21:265-8.

19.Moini A, Riazi K, Mehrparvar A. Pregnancy and labor complications in teenagers in Tehran. Int J Gynecol Obstetr 2002; 78:245-7.

20.Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity & women's health care. Mosby;2004.

21.Kumar A, Singh T, Basu S, Pandey S, Bhargava V. Outcome of teenage pregnancy. Ind J Pediatr 2007;74:927-31.

22.Maryam K, Ali S. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. J Pakistan Med Assoc 2008;58:541-5.

23.Treffers P. Teenage pregnancy, a worldwide problem. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde 2003;147:2320-5.

24.Daly H, Cobb Jr, Cobb C, Pope C, Baumann R, Kettner M, et al. A league table of teenage births in rich nations. Ann Assoc Am Geograph. 2012;102:1157-64.

25.Rakhshani F, Ansari MA, Hor A. [Knowledge, attitude and practice of Afghan refugee women residing in Zahedan about family planning.] J Reprod Infertil 2002; 3:47-54. (Persian)

26.Locoh T. Early Marriage And Motherhood In Sub-Saharan Africa. Women's Int Network News 2006; 26:53-8.

27.Donati S, Hamam R, Medda E. Family planning KAP survey in Gaza. Soc Sci Med 2000;50:841-9.

28.Abbasi-Shavazi MJ, McDonald PF, Hosseini-Chavoshi M. The fertility transition in Iran: Revolution and reproduction. Springer; 2009.

29.Hoseini H, Bagi B. [Women's Autonomy and fertility ideals among Kurdish women in the city of Mahabad.] Iran J Women Develop Politics 2013;10:57-87. (Persian)

30.Yaghoubinia F, Farajishovey M, Yaghoubi S. [Relavant factors with male participation in amily planning.] Iran J Nurs Res 2012;6:65-73. (Persian)

31.Zaheri H. [Frequency of male participation in family planning from the viewpoints of women referred to imam Ali (AS) hospital in Zahedan.] Res Project Appr 2004; 57: 3-4. (Persian)

32.Popov AA, Visser AP, Ketting E. Contraceptive knowledge, attitudes, and practice in Russia during the 1980s. Stud Fam Plann 1993;8:227-35.

33Bahrami N, Soleimani M, Shraifnia H, Masoodi R, Shaigan H, Rezaei ZM. Female sexual satisfaction with different contraceptive methods. Iran J Nurs 2012;25:55-63.

34.Shahvari Z, Gholizade L, Mohammad HS. [Determining some of the effective factors on sexual satisfaction in Gachsaran womens.] J Gorgan Uni Med Sci 2010;11: 51-6. (Persian)

35.Rahmani A, Safavi S, Jafarpoor M, Merghati-Khoei EA. [The relation of sexual satisfaction and demographic factors.] Iran J Nurs 2010; 23:14-22. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

A comparative study of Effective Factors on Women's Reproductive Health among Dorood and Koohdasht Residents

*Habibollah Z[1], Jazayeri E[1]**

(Received: December 11, 2013 Accepted: July 14, 2014)

Abstract

Introduction: Developing reproductive health and addressing its different dimensions is one of the basic steps in order to provide the society and family's health, particularly women. This research mainly aims to study and recognize the effective factors on mother's reproductive health in Koohdasht and Dorood.

Materials & Methods: This study was a cross-sectional survey method and data was collected through questionnaire. The study population included the mothers between 15 to 45 years old living in Koohdasht and Dorood. Based on Cochran formula, the Sample size for women in Koohdash was equal to 198 and for Dorood equal to 162. The sampling method was multi-stage cluster sampling. Finally, data was analyzed by SPSS through Mann-Whitney test and Spearman correlation coefficient at the signifycant level of $P < 0.05$.

Findings: Given the Spearman correlation coefficient, a negative and low correlation ($p=0.013$, $r=0.131$) was seen between reproductive health and age in the first pregnancy. Based on the findings on women who married at the ages of 15 to 29 years old enjoyed more reproductive health in comparison to those who married before 15 or after 30 years old. There was a negative and low correlation between reproductive health and gender priorities for infant ($p=0.039$, $r=-.109$). Women living in urban areas (195.21) significantly ($p=0.12$) enjoyed higher reproductive health in comparison to women living in rural areas (167.63). Also, there was a significant difference between Koohdasht and Dorood in terms of reproductive health ($p=0.025$). Reproductive health of women living in Koohdasht was (169.4) lower than women living in Dorood (194.07).

Discussion & Conclusion: Reproductive health of women living in Koodasht was lower than women living in Dorood and women living in urban areas have higher reproductive health than women living in rural areas. Preferring boy infant than girl decreases the reproductive health due to the more number of parturitions and decrease in pregnancy intervals. Overall, according to this research findings, increasing the women's knowledge of reproductive health and family planning through the training both of cities is crucial.

Keywords: reproductive health, women's fertility, the family planning.

1. Dept of Demography, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
**Corresponding author:*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]